

при расчете на 1000 больных в каждой группе существенно различались между собой. Показатель в 3-ей группе в 15 раз превышал таковой 1-ой группы, в 5,3 раза — второй и в 8,6 раза четвертой ($p < 0,0001$ и $0,001$). Таким образом, двойственная инфекция ХГВ+ХГС чаще сочеталась с туберкулезом.

В структуре больных смешанной инфекцией в среднем в 78% преобладали мужчины и возрастные группы 20–29, 30–39 и 40–49 лет. Удельный вес возрастной группы 30–39 лет составил 46,1%, причем в этой возрастной группе наблюдалось увеличение заболеваемости в динамике по годам с 19,0 до 33,0 на 1000 больных.

Распределение заболевших по месяцам позволяет определить время риска. Суммарная динамика микст-инфекции в среднем за 5 лет характеризуется пролонгированным ростом числа случаев с максимумом в весенний период (май) и вторым подъемом в сентябре-октябре. Отмеченная динамика формировалась ХГС+ТБ и ХГВ+ХГС+ТБ. Эти особенности микст-инфекции следует учитывать при организации и проведении эпидемиологического надзора.

Летальность больных сочетанной инфекцией в разные годы колебалась от 40% (2007 г) до 29,1% (2010 г) и имела тенденцию к снижению. Она в 3 раза превышала таковую от туберкулеза и в 10 раз — от хронических гепатитов как моноинфекций. В структуре умерших в 75% преобладали мужчины. Показатели летальности уменьшались с увеличением возраста с 40,7% в возрасте 20–29 лет до 20,9–23,3% в возрастных группах 40–49 лет и 50 лет и старше. При анализе летальности по месяцам выявлен сдвиг ее на вторую половину года — летне-осенние месяцы. Анализ сроков летальных исходов у больных с одновременно диагностируемой сочетанной патологией (1 группа) показал, что 53,3% больных умерли в первый месяц после поступления в стационар и еще 26,7% — в первые три месяца. Во второй группе больных, диагноз у которых ХВГ или ТБ ставился последовательно в пределах одного месяца с момента поступления, летальные исходы наблюдались в первый месяц пребывания только у 22,8% больных, то есть существенно реже, чем в первой группе ($p < 0,01$). Летальность сместилась на 1–3 мес (30,4%) и позднее. Установлена более высокая летальность в группе больных ХГНЭ+ТБ (60%), которая достоверно отличалась от летальности при других сочетаниях, в частности ХГВ+ТБ и ХГВ+ХГС+ТБ. Показатели летальности были в 2 раза выше у неработающих больных по сравнению с работающими (35,0 против 18,0 на 100 человек соответствующей группы, $P < 0,01$).

Поскольку туберкулез является важнейшим компонентом сочетанной инфекции, проведен анализ клинических форм туберкулеза в зависимости от этиологических форм хронических гепатитов на 316 сочетанных заболеваниях за 2009–2010 гг. В целом туберкулез представлен тремя основными клиническими формами: инфильтративным (31,3%), диссеминированным (28,8%), и ТБ внутригрудных лимфатических узлов (24%). Инфильтративный туберкулез чаще всего сочетался с ХГС (35%), диссеминированный — с двойственной инфекцией ХГВ+ХГС (35,9%), а туберкулез в/г лимфатических узлов ассоциировался с различными формами хронических гепатитов с одинаковой ча-

стотой (22,5–25,7%).

Микобактерии туберкулеза (МБТ) в целом выявлены у 41,3% больных сочетанной инфекцией. При практически одинаковой частоте нахождения МБТ у мужчин и женщин выявлена более высокая частота МБТ у мужчин по сравнению с женщинами в возрасте 30–39 лет, 50 лет и старше. Кроме того, в группе 15–19 лет частота выявления МБТ была равна 54%, что существенно выше, чем в других возрастных группах. МБТ чаще выявлялись у больных ХГС (45,3%) по сравнению с другими сочетаниями.

Установлено также, что при всех клинических формах туберкулеза превалировал ХГС и ХГВ+ХГС, причем МБТ выявлялись чаще, чем при других сочетаниях. Примечательно, что у больных ХГС инфильтративные и диссеминированные формы составили 60,1%, а туберкулез внутригрудных лимфоузлов лишь в 24,0%. Летальность от сочетанной инфекции в зависимости от наличия или отсутствия МБТ у больных не отличалась между собой. При наличии МБТ летальность больных ХГВ+ХГС+ТБ достигла 50% и была выше, чем при других сочетаниях. Максимальная летальность (77,8%) наблюдалась при ХГНЭ+ТБ с отсутствием МБТ. При наличии у больных МБТ доля инфильтративного туберкулеза среди умерших составила 15,4%, а диссеминированного — 48,7%, а при отсутствии МБТ — имела аналогичные цифры. Таким образом, диссеминированные формы ТБ по сравнению с другими в сочетании с ХГ чаще приводят к летальным исходам.

Впервые проведенный эпидемиологический анализ сочетанной инфекции (ХВГ+ТБ) в Санкт-Петербурге показал ее актуальность. Рост заболеваемости, болезненности, вовлечение в процесс работоспособной части населения и асоциальных групп, нарастание частоты формирования микст-патологии у больных туберкулезом свидетельствуют об этом. Своеобразие характеристики летальности, ее зависимости от этиологических форм ХВГ и клинического течения ТБ, сезонов года обуславливает необходимость организации и проведения эпидемиологического надзора за сочетанной инфекцией.

Литература

1. Хронические гепатиты как моно- и микст-инфекции в Санкт-Петербурге / Назаров В.Ю., Нечаев В.В., Пожидаева Л.Н., Иванов А.К., Сакра Анас // Профилактическая и клиническая медицина. — 2012. — № 3 (44). — С. 64–69.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ВЗРОСЛЫХ

Ниёзов Г.Э., Облокулов А.Р., Облокулова З.И.

Бухарский Государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Лямблиоз является актуальной проблемой как у детей, так и у взрослых, его распространенность в детской популяции составляет 350 случаев на 100 000 детского населения (ВОЗ, 2002). В Российской Федерации регистрируется более 130 тысяч случаев лямблиоза в год, из них 70% составляют дети в воз-

расте до 14 лет [1]. В различных регионах эта цифра может колебаться в большую или меньшую сторону в зависимости от санитарно-бытовых условий, возможностей диагностики, а также осторожности врачей по поводу данной паразитарной инфекции. Актуальность лямблиоза у детей и взрослых во многом обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии включая функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, синдром избыточного роста кишечной микрофлоры в тонкой кишке, мальабсорбцию, поливитаминную недостаточность, а также сопровождаются развитием аллергических заболеваний: рецидивирующей крапивницей, атопическим дерматитом, гастроинтестинальной формой пищевой аллергии, которые без адекватной терапии приобретают рецидивирующее течение [2, 3, 4].

Цель работы: уточнить клинические проявления лямблиоза в зависимости от возраста, совершенствовать диагностику.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ОДИБ Бухарского вилоята.

Под нашим наблюдением находилось 124 пациента в возрасте от 16 до 56 лет, из них 104 больных с лямблиозом и 20 здоровые того же возраста без лямблиоза, которые составили группу сравнения.

Клинико-анамнестическое обследование проводилось по разработанной нами анкете, в которой принимались во внимание жалобы, анамнез заболевания, данные объективного осмотра.

Диагностика лямблиоза проводилась с помощью метода микроскопии: непосредственно перед микроскопией готовили тонкий мазок с окраской 1% раствора Люголя. Серологическое исследование включало определение АТ к лямблиям в крови с использованием набора реагентов «Лямблия — антитела — ИФА-Бест», предназначенный для выявления иммуноглобулинов классов G, M, A к антигенам лямблий в сыворотке крови человека.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинико-анамнестических особенностей у детей исследуемых групп показал, что клиническая симптоматика лямблиоза у больных характеризуется сочетанием абдоминального болевого и диспепсического симптомов. Наиболее часто боли локализуются в области пупка (53,1%), могут сочетаться с болями в правом (35,6%) и левом (15,6) подреберьях. Боли не частые, умеренные по интенсивности (78,1%), иногда слабые (6,25%), чаще не связанные с приемом пищи (62,5%), либо возникающие сразу же после еды (21,8%).

Наиболее характерным диспепсическим расстройством у больных с лямблиозом была диарея, она наблюдалась у 71,5% больных, у 29% отмечался метеоризм, у 24% периодические рвоты.

С возрастом при лямблиозе отмечается уменьшение частоты болей в области пупка, что, вероятно, связано с тем, что более старшие дети могут более точно локализовать боль, а также отмечается учащение болей в эпигастральной области, левом и правом подреберьях. Кроме того с возрастом отмечена тенденция к нарастающей частоте и интенсивности болей без четкой связи с приемом пищи.

Для больных лямблиозом в любом возрасте характерным симптомом является диарея. Диспепси-

ческие расстройства, обусловленные дисмоторикой верхних отделов ЖКТ, такие, как изжога, отрыжка, тошнота, встречаются чаще у больных более старшего возраста, тогда как случаи рвоты с возрастом становятся реже.

Сопутствующая патология органов пищеварения встречалась чаще у больных с лямблиозом ($p < 0,05$). Преобладала функциональная патология билиарного тракта: дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу обнаружена у 81% пациентов с лямблиозом и лишь у 40% в ГС ($p < 0,05$), по панкреатическому типу — встречалась только у больных лямблиозом.

Анализ данных показал, что у детей с лямблиозом аллергические реакции на пищевые антигены встречаются в целом в 82%, что достоверно чаще, чем в ГС ($p < 0,05$). Чаще отмечались аллергические реакции на цитрусовые, молоко, рыбу, яйца. Аллергия на рыбу и красные фрукты встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе сравнения.

Эозинофилия встречалась у трети больных с лямблиозом (17%), несколько чаще она отмечалась при сочетании лямблиозной и хеликобактерной инфекций (22,5%) и не наблюдалась ни у одного пациента из группы сравнения ($p < 0,05$). Эозинофилия чаще встречалась в средних возрастных группах: во 2 группе 5 (24%) пациентов, в 3 группе 10 (29%). У подростков 15–18 лет эозинофилия встречалась в 4 (14%) случаях, у детей 3–6 лет — у 2 (10%).

Диагностически наиболее эффективным методом обнаружения лямблий является метод копроскопии, что согласуется с мнением многих авторов, однако его информативность ограничена цикличностью выделения цист лямблий и их низкой концентрацией в кале пациента. По нашим данным, этот метод обладает самой высокой чувствительностью и специфичностью — 96,1% и 100%, соответственно. Прогностическая значимость положительного результата данного метода составила 100%, отрицательного результата — 91,8%.

Многие авторы считают серологический метод диагностики лямблиоза недостаточно чувствительным и специфичным. По нашим данным, АТ к лямблиям обнаружены у 69% больных с лямблиозом, во всех возрастных группах процент выявления АТ к лямблиям в сыворотке крови был примерно одинаков ($p > 0,05$); точность метода составила 45,9%. Информативность метода ИФА на антитела в сыворотке крови к лямблиям оказалась невысокой: чувствительность метода составила — 36,5%, специфичность — 95%; прогностическая значимость положительного результата составила 97%, отрицательного результата — 22%. По нашему мнению, положительные результаты наличия антител к антигенам лямблий являются поводом для более тщательного поиска паразитов методами копроскопии или ИФА копрофильтрата и не являются достаточным основанием для установления диагноза лямблиоза и проведения лечения.

Сходные по результативности данные продемонстрировал иммуно-ферментный метод обнаружения АГ лямблий в кале; его специфичность составила 93,5%, чувствительность — 20,4%. Прогностическая значимость положительного результата — 83%, отрицательного результата — 42,6%.

Таким образом, наиболее точным методом об-

наружения лямблий является метод копроскопии с окраской Люголем. ИФА копрофильтрата и ИФА крови обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью. Положительные результаты наличия антител к антигенам лямблий являются поводом для более тщательного поиска лямблий методами копроскопии или ПЦР кала.

Выводы:

1. Клиническая картина лямблиоза у больных характеризуется сочетанием болевого, диспепсического и астено-невротического синдромов.

2. Наиболее точным методом диагностики лямблиоза является метод копроскопии с окраской 1% раствором Люголя. ИФА копрофильтрата и ИФА крови обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью.

Литература

1. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В., Горбунова Ю.П. Лямблиоз. — М.: Российская медицинская академия последипломного образования, 2003. — 30 с.
2. Бандурина Т.Ю., Кнорринг Г.Ю. Проблемы диагностики и лечения лямблиоза у детей. — *TER-RAMEDIKA*. — №4. — 2003. — С.23–27.
3. Бодня К.І. Діагностика та лікування паразитарних інвазій у дітей // *Сучас. гастроентерол.* — 2006. — №6. — С.64–67.
4. Залипаева Т.Л. Распространение лямблиоза в г.Перми// *Мед. паразитол. и паразит. болезни.* — 2002. — С.24

ПОЧЕЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ВИСЦЕРАЛЬНОМ ТОКСОКАРОЗЕ

Никулин Ю.Т., Пчельников Ю.В.,
Пчельникова Е.Ф.

УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь

Токсокароз является широко распространенным паразитарным заболеванием. Он вызывается миграцией в тканях хозяина личинок нематод семейства псовых, реже кошачьих, и характеризуется длительным рецидивирующим течением.

Ведущую роль в патогенезе играют иммунологические реакции организма в ответ на инвазию. Экскреторно-секреторные антигены личинок приводят к развитию реакций гиперчувствительности немедленного (ГНТ) и замедленного типов (ГЗТ). Главным звеном при ГНТ является продукция специфических IgE-антител. ГЗТ развивается вследствие воздействия АГ на sensibilizированные клетки лимфоидно-макрофагальной системы, которые кумулируются вокруг личинок токсокар. Реакция носит пролиферативный характер и проявляется в форме инфильтратов, тканевой эозинофилии, диффузных геморрагий, гранулем, фиброзных изменений. Патоморфологически токсокароз представляет собой диссеминированный эозинофильный гранулематоз. Многочисленные и единичные гранулемы могут обнаруживаться практически во всех органах.

Клинический синдром, вызванный миграцией личинок гельминтов, очень вариабелен. Анализ научных публикаций по токсокарозу показывает отсутствие систематизированных сведений о поражении почек при данной патологии.

Целью нашей работы явилось обобщение литературных данных о поражении почек при токсокарозе, собственных результатов, полученных при экспериментальном токсокарозе, и клинических наблюдений.

В качестве подопытных животных использовали мышей линии СВА, которых заражали эмбрионированными яйцами *T. canis*. Контролем служили интактные мыши. Исследования проводили со 2 до 150 дня после заражения. Материал фиксировали в нейтральном забуференном формалине и заливали в парафин. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином-эозином.

Описание отдельных случаев токсокароза с вовлечением почек в патологический процесс имеют. Например, Ходасевич А.С. с соавт. (1998 г.) [1] описали случай смерти от легочного кровотечения 6-летнего ребенка, страдавшего ВТ, который осложнился аррозией нисходящего отдела дуги аорты и стенки левого бронха. В своем наблюдении, описывая поражение органов и систем, они отметили наличие очагового интерстициального нефрита сопровождавшегося лимфогистиоцитарными инфильтратами с примесью эозинофилов.

Интересные данные приводят египетские паразитологи Nada S.M., et al. [3], обследовавшие на токсокароз 88 детей с почечной патологией и 20 здоровых детей. Среди больных 10,7% оказались серопозитивными, среди здоровых — только 5,3%. У 66,6% серопозитивных детей была выявлена эозинофилия. Двое больных из этой группы имели нефротический синдром. A.K. Shetty, D.H. Aviles (1999 г.) [4] описывают случай нефротического синдрома у 7-летнего мальчика совпавшего по времени с токсокарозной инвазией, которая подтверждалась высокими титрами специфических IgM-антител. Лечение кортикостероидами привело к ремиссии почечных симптомов и снижению тяжести инвазии. Авторы считают, что нефротический синдром является результатом поражения почек вследствие токсокарозной инвазии. Другой случай описан P.G. Zotose et al. (2006 г.) [5]. Авторы представили наблюдение и убедительные доказательства висцеральной формы токсокароза, проявившейся мезангиопролиферативным гломерулонефритом с выраженным нефротическим синдромом. Применение в терапии альбендазола (10 мг/кг дважды в день в течение 7 дней) дало четкий положительный результат.

Безусловно, выраженность клинических проявлений токсокароза определяется интенсивностью инвазии, распределением личинок в органах и тканях, особенностями иммунного ответа организма.

Обращает на себя внимание возможность избирательного поражения почек с развитием мезангиопролиферативного гломерулонефрита. Клинические наблюдения подтверждаются результатами экспериментальных моделей токсокароза: гистологические исследования почек мышей инвазированных в эксперименте яйцами *T. canis* выявили очаговый или диффузный мезангиопролифератив-